...ne Medical Library

Ein Fall
von Frühjahrskatarrh mit Hautekzem.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Fakultät

der Königl. Universität zu Greifswald

am

Freitag, den 26. Februar 1897,

Mittags 1 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Johannes Dorbritz

Arzt

aus Stettin.

Opponenten:

Herr Drd. Rudolf Niepel, Arzt.
Herr Dr. Paul Simon, Cursist.
Herr Theodor Femmer, stud. med.

Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1897.

Seinen teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154003_0135

In der Reihe der Erkrankungen der Bindehaut des Auges nimmt der „Frühjahrskatarrh“ eine selbständige Stellung in Anspruch. Von Saemisch zuerst mit einem eigenen Namen belegt, ist diese Krankheit seither verschiedentlich zum Vorwurf für eingehende Abhandlungen gemacht worden. Sie wurde zuerst von Arlt beschrieben, der sie als eine eigentümliche Abart der Conj. lymphatica ansah (1846). Später erwähnt sie Desmarres unter der Bezeichnung: Hypertrophie périkératique, v. Graefe als gallertige Verdickung des Limbus, Hirschberg als Phlyctaena pallida. Vergleicht man die vielfachen Krankengeschichten, so findet man im grossen und ganzen übereinstimmende Mitteilungen über Ätiologie, Wesen, Verlauf, Therapie der Krankheit etc., sodass man, je öfter diese Erkrankung zur Behandlung kommt, immer mehr dazu berechtigt ist, ihr eine gesonderte Stellung unter den Conjunctivitiden zu sichern.

Die Krankheit kommt mit sehr wenigen Ausnahmen nur im jugendlichen Alter bis zum 20. Jahr vor, und namentlich ist es die männliche Bevölkerung, die das Hauptcontingent der Fälle stellt. Wie der Name „Frühjahrskatarrh“ schon andeutet, tritt sie mit Beginn des Frühlings auf, und zwar erkranken beide Augen gleichzeitig. Der Einfluss der Witterung ist also einleuchtend, und namentlich hat auf diesen Schmeichler (Wiener med. Wochenschrift 1887 No. 4) hingewiesen. Er beobachtete bei einem Patienten mit echtem Frühjahrskatarrh, dass jede Temperaturerhöhung, namentlich, wenn sie mit grosser Trockenheit

einherging, die Reizerscheinungen vermehrte, jedes Sinken der Temperatur mit steigendem Feuchtigkeitsgehalt der Luft stetige Besserung brachte. Mit dem Frühling hängt seiner Ansicht nach die Erkrankung eben insofern zusammen, als derselbe wärmeres und trockenes Wetter bringt; ist es jedoch feucht und kühl, so tritt das Leiden erst im Sommer auf. Emmert (Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1888, 4) empfiehlt sogar direct die Bezeichnung „Sommerkatarrh", weil die warme Jahreszeit bei den Fällen, die in der Schweiz beobachtet wurden, am meisten vertreten war, und Knus (Jnaug. Diss. Zürich 1889) schliesst sich ihm an.

Was die objectiven Symptome der Krankheit betrifft, so ist das auffälligste die Limbusschwellung, d. h. die Schwellung des Cornealrandes der Conjunctiva bulbi. Eine solche Schwellung liegt besonders in der Lidspaltenzone und unteren Hälfte des Corneaumfanges. Sie tritt in der verschiedensten Weise auf, bald in der Form von kleinen Knötchen, bald sogar tumorartig. Der Limbus ist dann einmal verbreitert und wallartig verdickt und zeigt eine weissgraue bis graurötliche Farbe, dann wieder zeigt sich eine Anzahl rundlicher unregelmässiger gallertartiger Anschwellungen, die mehr oder weniger mit einander confluieren. Zuweilen überwuchern die Schwellungen den Rand der Cornea so stark, dass sie bis ins Pupillargebiet hinein reichen.

Des Auftretens von Bläschen auf dem geschwellten Limbus erwähnt nur Reymond 1875 (Catarro primoverile della congiuntiva, Annali di Ottalm IV): „In den von Erhabenheiten freigelassenen Zwischenräumen sah man zwei runde und sehr feine Bläschen von krystallinischem Aussehen; die Cornea zeigte sich nicht getrübt unter jenen Bläschen, welche ich gern

den Hauteffloreszenzen der febris miliaria vergleichen möchte."

Die Cornea selbst wird in der Regel nicht afficiert, doch kommt hin und wieder ein Substanzverlust derselben vor, durch übermässige Schwellung des Limbus und durch Druck vom oberen Augenlid hervorgerufen, eine sehr unangenehme Komplikation.

Neben den auffälligen Symptomen am Limbus zeigt die Conjunctiva in ihrer ganzen Ausdehnung im Anfangsstadium conjunctivale, subconjunctivale, zuweilen auch pericorneale Injektionen, welche zu den Prominenzen hinziehen. Im späteren Stadium dagegen tritt eine eigentümliche trübe Beschaffenheit der Conjunctiva palpebrarum auf; sie hat dann ihren Glanz verloren und scheint wie mit einer dünnen Schicht Milch überzogen zu sein, und zwar tritt diese Veränderung besonders an der Conjunctiva palpebrae superioris et inferioris auf. Bei der Betastung fühlt sich die Bindehaut an dieser Stelle trocken und hart an. Burnett ewähnt noch einer dunkelgesprenkelten Färbung, die bei Negern auftritt.

Ein weiteres Symptom sind die papillären Wucherungen, die zumeist auf der Conjuctiva tarsi superioris allein vorkommen, auf die Horner zuerst aufmerksam gemacht hat. Diese Wucherungen, Granulationen ähnlich, sind blassrot und hart; sie treten immer isolirt in verschiedener Grösse auf bis zu einem Durchmesser von 2 mm und zeigen die mannigfachsten Formen, von den pflasterähnlichen bis zu pilzähnlichen, gestielten Hütchen. Frick (Inaug. Diss. Würzburg 1886) konnte diese vereinzelten pilzförmigen Erhabenheiten niemals konstatieren, wohl aber giebt er eine diffuse Schwellung

der Papillen beider Lider zu. Von Follikelbildungen weiss keiner der neueren Autoren zu berichten.

Wie schon erwähnt, tritt die Krankheit im Frühjahr auf. Bemerkenswert ist dabei der Umstand, dass sie sehr häufig recidiviert. Im Sommer erreicht sie gewöhnlich ihren Höhepunkt, geht bei leichteren Erscheinungen im Winter ganz zurück — bei schwereren bleiben natürlich auch während dieser Zeit einige Veränderungen bestehen — und kehrt dann im Anfang des nächsten Jahres wieder.

Als ein weiteres objektives Symptom ist wohl noch der müde Blick der Patienten zu erwähnen, der durch die Infiltration und Hyperplasie des oberen Lides und die dadurch herbeigeführte Ptosis bedingt ist.

Charakteristisches bieten die subjektiven Symtome kaum. Diese sind fast dieselben, wie wir sie bei anderen Conjunctivalkatarrhen auch finden: schleimige Sekretion, Lichtscheu, Brennen und Kratzen in den Augen, Verklebtsein der Lider am Morgen. Ein ganz charakteristisches lästiges Jucken aber unterscheidet den Frühjahrskatarrh von den übrigen Erkrankungen der Conjunctiva.

Das Sehvermögen ist natürlich nur in den Fällen herabgesetzt, wenn die Wucherungen sich weit auf die Cornea fortgesetzt haben.

Die Dauer der Erkrankung ist meist eine lange, über viele Jahre sich erstreckend; wo sie nicht zur Heilung gebracht wird, lässt sich doch feststellen dass die Symptome später bei der regelmässigen Wiederkehr allmählig abnehmen und dem Kranken schliesslich nur noch geringe Beschwerden bereiten.

Als Komplikation erwähnt Trousseau (Annales d'oculistique 1891) bei vier Fällen, die er bespricht,

Nasen-Rachenaffektionen, bei dreien leichtere, beim vierten dagegen polypöse Wucherungen. Die Entfernung der letzteren besserte sofort, während bei den anderen die gleichzeitige Behandlung des Nasen-Rachenkatarrhs ohne Einfluss auf den Zustand der Augenerkrankung blieb.

Ueber eine besondere Komplikation teilte Uhthoff (Heidelberger Congress 1882) seine Beobachtungen mit. Bei dem von ihm beschriebenen Fall hatte der Patient einen ekzematösen Ausschlag in der Kniekehle und in der Ellenbogenbeuge, der sich 5 Jahre hindurch regelmässig in den Sommermonaten wieder einstellte. In dem Bericht lautet es:

„Es bildeten sich bei dem Patienten im 8. Lebensjahre (1870) zuerst rote Pickel, welche sich hierauf vergrösserten und dann zusammenflossen, so dass zuletzt eine wunde nässende Fläche entstand. Der Ausschlag bestand von Juni bis Oktober. In den nächsten Jahren bis 1875 wiederholte sich das Auftreten dieses Ausschlages in derselben Weise ganz regelmässig im Juni und währte bis zum Oktober. Jetzt zur Zeit sind an den Stellen, welche Sitz des Ausschlags gewesen, keine Spuren mehr zu konstatieren. Seit 1875 nun blieb dieser Ausschlag aus. Dagegen trat jetzt im Juni 1876 ein doppelseitiges Augenleiden zum ersten Male auf. Es bildeten sich zuerst auf dem linken Auge, bald darauf auch auf dem rechten nach aussen und innen vom Rande der Hornhaut mässige Erhöhungen von graurötlicher Farbe, und ebenso zeigte sich eine schmale streifenförmige getrübte Zone am oberen und unteren Hornhautrande beider Augen. Als Begleiterscheinungen war zeitweise eine geringe Absonderung vorhanden und eine wechselnde Rötung der Conjunctiva. Im November 1876 nun verloren sich alle diese Er-

scheinungen ziemlich schnell, die Röte und ebenso die Verdickungen und Trübungen verschwanden vollständig. Von 1876 ab wiederholten sich die krankhaften Erscheinungen an den Augen ganz regelmässig jedes Jahr, im April oder im Mai beginnend, je nachdem das Wetter früher oder später warm wurde.“

Obwohl in der Litteratur eine erkleckliche Anzahl von Fällen beschrieben ist, scheint es vielleicht doch nicht so überflüssig, wenn ich einen in der Greifswalder Augenklinik beobachteten Fall mitteile, einerseits weil die Erkrankung immerhin zu den seltneren gehört, andererseits weil gerade dieser Fall Erscheinungen bietet, die hart an das Maligne streifen, und weil er verbunden ist mit einem gleichzeitig aufgetretenen ähnlichen Ekzem an Kopf, Händen und Füssen, wie es Uhthoff in dem erwähnten Fall beschrieben hat.

Fall.

Anamnese. Patient ist der 18jährige Knecht August Maass. Er giebt an, dass vom 9.—10. Jahre die Erkrankung der Augen mit einer leichten Rötung begonnen habe. Die Entzündung begann im Sommer und zeigte während dieser Zeit immer heftigere Symptome als im Winter. Schon im Jahre 90 und 91 ist er in der hiesigen Klinik mehrere Wochen wegen Frühjahrskatarrhs behandelt worden. Die Wucherungen an dem Cornealrande sind von Jahr zu Jahr grösser geworden, besonders aber im letzten Sommer gewachsen. Am 2. August 1895 stellt er sich wiederum vor.

Ein bis zwei Jahre vor der Augenaffektion traten bei dem Patienten kleine gelbliche, etwas juckende Geschwüre an den Füssen und Unterschenkeln, Händen und Unterarmen und am Gesicht auf. Diese sind im

Sommer heftiger aufgetreten, als im Winter. Seit ungefähr 5—6 Jahren sind keine Geschwüre mehr aufgetreten, statt deren jedoch ein juckender Ausschlag an den erwähnten Stellen. Sonst ist Patient gesund.

Status am 2. VIII. 95. An den Händen und Füssen, Wangen, Ohren und Nase ist ein Ausschlag zu bemerken, der mit circumscripter Rötung beginnt. Aus diesem bilden sich kleine Beulen, die wieder in Schorf übergehen. Den Schorf kratzt Patient sich wegen des Juckens ab; es bleibt dann eine rote, etwas mit Schuppen bedeckte Stelle zurück, die schliesslich eine zarte weisse Narbe hinterlässt.

Die Augen sind leicht gereizt; Patient klagt besonders bei Hitze über Jucken. Die Lider sind normal; die Conjunctivae palpebrarum unten etwas gerötet, am oberen Lid zeigen sie geringe papilläre Schwellung und intensiv rote Farbe. Die Conjunctiva bulbi zeigt einzelne injicierte Gefässe, die Plica semilunaris beiderseits eine knötchenförmige rote Verdickung. Der obere Teil des Corneoscleralrandes ist frei. Beiderseits sind $^2/_3$ der Circumferenz von erheblichen Wucherungen eingenommen, die aussen und innen beginnend nach unten zu an Ausdehnung und Prominenz zunehmen. Rechts reichen dieselben im unteren inneren Quadranten bis ins Pupillargebiet hinein und links in demselben Quadranten bis an den Pupillarrand heran. Die Wucherungen stellen gelbrötliche höckrige Prominenzen dar, welche auch noch einige mm weit auf die Sclera hinaufgehen. Die Consistenz derselben ist sehr derb. Die Cornea ist im übrigen klar. Iris und Linse sind normal. S r = $^1/_3$, l = $^1/_7$.

Am 3. VIII. werden in Cocain-Anaesthesie vom

rechten Auge zwei kleine Stückchen der Wucherungen des Limbus und die Knoten der Plica semilunaris abgetragen und gehärtet. Reichliche Blutung. Verband. Es werden im weitern Verlauf kühle Umschläge gemacht und gelbe Salbe angewendet.

Die Farbe der Conjunctiva ist am 15. XIII etwas blasser, die Limbusschwellungen dagegen bestehen unverändert.

Am 23. VIII sind die Augen ziemlich blass und reizlos. Die Limbusschwellungen bestehen fort, sind vielleicht an einzelnen Stellen etwas kleiner; nur links haben sich im Bereich der Lidspalte einige neue nach aussen von der Cornea hinzugesellt. Visus unverändert. Patient wird mit 3% gelber Salbe entlassen.

Am 13. September 1895 stellt sich Patient wieder ein, da es ihm in der Zwischenzeit trüber vor den Augen geworden. An Ohren und Nase zeigt sich wieder der bekannte Ausschlag, die Extremitäten jedoch sind jetzt frei. Die Symptome an den Augen sind dieselben geblieben, die Wucherungen sind nur etwas stärker geworden.

Therapeutisch werden wieder 3% gelbe Salbe und kühle Umschläge verordnet. Die Beschwerden werden bei dieser Behandlung allmählig geringer, nur zeitweise stellt sich Jucken in den Augen ein.

Am 20. IX. ist der Ausschlag an der Nase und den Ohren abgeheilt; auch die Wucherungen scheinen sich bei unveränderter Therapie etwas verkleinert zu haben.

Am 2. X. sind die Augen reizlos. An der Conjunctiva palpebarum ist nur etwas papilläre Schwellung sichtbar. Der bläuliche Schimmer ist kaum noch zu erkennen. Die Wucherungen am Corneoscleralrand und auf der Cornea haben sich wesentlich zurück-

gebildet, links mehr als rechts. Rechts reichen dieselben noch bis ins Pupillargebiet hinein, links haben sie sich teils auf die Cornea von unten her zurückgezogen, sodass daselbst der untere Cornealrand durchschimmert.

Am 10. X. besteht leichte Hyperämie der Conj. palpebrarum und geringe Injection. Patient klagt über Stechen. Ther: Zink.

Am 12. X. ist der geringe Reizzustand geschwunden.

Am 20. X. sind die Augen reizlos. Die Conjunctiva palpebrarum zeigt geringe papilläre Schwellung. Die Wucherungen am Cornealrand haben sich beiderseits verdünnt und zwar besonders von unten her, sodass die Cornea mehr durchschimmert. Auf der Cornea selbst, besonders links, ist keine Rückbildung zu konstatieren.

24. X. Da sich rechts die Wucherungen von der Cornea nur wenig zurückgebildet haben, so werden dieselben abgetragen. Ziemlich starke Blutung. Verband.

30. X. Auch links wird der grösste Teil der Wucherungen unter starker Blutung abgetragen.

Am 6. XI. sind die Augen blass. An Stelle der Wucherungen befinden sich Narben. Nur rechts unten innen sind auf der Cornea noch leichte Prominenzen. S. r = 1/5, l = 1/4.

Am 13. XI. zeigt die Coujunctiva palpebrarum leichte papilläre Schwellung und Rötung. Rechts werden die auf der Cornea stehen gebliebenen Reste unter mässiger Blutung abgetragen.

Am 20. XI. sind die Wucherungen beiderseits grösstenteils beseitigt; jedoch sind an ihrer Stelle auf den Corneae Trübungen zurückgeblieben.

Am 30. XI. sind beide Augen reizlos. Die Con-

junctiven zeigen mässige papilläre Schwellung und keine milchige Färbung. An Stelle der alten Wucherungen befinden sich Narben. Bds. S = 1/3.

Patient wird mit Zink und 3% gelber Salbe entlassen.

Bald nach der Entlassung treten bei dem Patienten die Beschwerden wieder auf. Er stellt sich aber erst am 2. Januar 97 wieder in der Klinik ein. Patient klagt über lästiges Jucken und Brennen in den Augen, die des morgens immer verklebt sind. Vom Hautausschlag ist nichts mehr zu bemerken, nur die Augen zeigen ein ähnliches Bild, wie bei den früheren Befunden. Die Lider sind beiderseits normal, die Conjunctiva der Lider ist injiciert, über der des unteren ist ein milchartiger Glanz zu sehen. Die Conjunctiva bulbi zeigt beiderseits conjunctivale Injection und in ihrem unteren Teil um die untere Hornhauthälfte herum über bohnengrosse stark prominierende wulstige Wucherungen, wie sie für Frühjahrskatarrh charakteristisch sind. Beiderseits und zwar links mehr als rechts haben diese Wucherungen unten innen und unten aussen auf die Cornea übergegriffen. Sie besitzen an einzelnen Stellen eine Breite von 5 mm, von denen stellenweise 3 mm auf den cornealen Anteil der Geschwulst kommen, sodass der Tumor mit seiner oberen Kante bis an den unteren Rand der weniger als mittelweiten Pupille heranreicht. Sonst sind die sämtlichen brechenden Medien, ebenso der Augenhintergrund normal. Bds. S 1/1. Einstweilen wird die bestehende Conjunctivitis mit Adstringentien behandelt.

Am 12 Januar werden zunächst in Cocainanaesthesie die Quetschungen vom linken Auge abgetragen, in der Weise, dass zuert der auf die Hornhaut herüber gewachsene Anteil mit dem Linearmesser von der Cornea abpräparirt, sodann der in der Conjunctiva

gelegene Teil mit der Scheere losgelöst wird. Auf diese Weise gelingt es, die Wucherungen in toto zu entfernen. Da der Defect auf der Cornea aussen unten so sehr gross ist, wird er gedeckt durch einen dünnen Streifen Kaninchenhornhaut, der nicht durch Nähte fixiert wird. Trotz fortwährender Cocainisierung während der Operation ist der Eingriff ausserordentlich schmerzhaft nach den Aeusserungen des Patienten. Doppelseitiger Verband.

13. I. Es bestehen keine Schmerzen, das Auge ist mässig gereizt, abnorme Thränensekretion. Das Läppchen hat sich am unteren Rande etwas von seiner Unterlage emporgehoben. Die Farbe ist graurot. Sublimatsalbe, Atropin, doppelseitiger Verband.

14. I. Conjunctivale Sekretion und Thränenträufeln haben nicht abgenommen. Das Läppchen beginnt zu quellen. Der untere Rand hat sich wieder etwas mehr gehoben, sodass er beim Blick nach unten gegen die untere Lidkante anstösst und unter dem Verband sich leicht in die Lidspalte einklemmt. Doppelseitiger Verband.

16. I. Das Thränenträufeln hat anscheinend etwas nachgelassen, dagegen ist die conjunctivale Sekretion noch in demselben Masse vorhanden. Die Quellung des Läppchens hat noch mehr zugenommen und ist bereits dicker, als der abgetragene Tumor war. Die untere Kante hebt sich weiter ab.

19. I. Das Läppchen schleift sich an seiner unteren Kante langsam ab, indem der abgehobene Rand nicht mehr scharf gekantet ist, sondern eine rundliche Kontur zeigt. Patient erhält von nun ab nur noch auf dem operierten Auge Verband.

Das rechte Auge hat merkwürdiger Weise den

Verband sehr gut vertragen; die Wucherungen unter demselben sind entschieden flacher geworden.

22. I. Abnorme Thränensekretion hat so gut wie ganz sistiert. Das Läppchen sieht aus wie ein rotes Fleischklümpchen; das obere Stück ist glatt mit der Hornhaut verwachsen, die untere Hälfte ist ebenfalls mit der Unterlage fest vereinigt, aber durch starke Quellung tumorartig von derselben abgehoben und geniert den Patienten bei Bewegungen des Auges ausserordentlich. Das Auge wird noch immer unter Verband gehalten.

26. I. Das linke Auge ist seit gestern offen gelassen, mit gelber Salbe massiert. Eine Abschwellung des Läppchens ist nicht zu konstatieren.

1. II. Das Läppchen zeigt auch bis jetzt keine Tendenz abzuschwellen.

Am rechten Auge wird in Cocainanaesthesie totale Abtragung der Tumormassen vorgenommen bis in das Niveau der Cornea mit dem Messer, desgleichen Excision der in der Conjuctiva sitzenden Massen mit der Scheere. Der entstandene Conjunctivaldefect wird darauf durch mehrere Nähte bis an den Hornhautrand zusammengezogen.

2. II. Das rechte Auge zeigt mässige conj. Sekretion und starken Thränenfluss. Die Hornhautwunde sieht gut aus und ist fast an allen Stellen, wo der Tumor gesessen hat, durchsichtig. Keine Infektion vorhanden Sublimatsalbe-Verband.

3. II. Rechts geringe conj. Secretion, Thränenfluss weniger stark. Die Conjunctiva liegt überall gut, kein Defect, keine Zerrung. An einzelnen Stellen beginnt die Vernarbung der flachen Hornhautdefecte.

5. II. Rechts Entfernung der Suturen, auf der Hornhaut glatte Vernarbung.

8. II. Das Läppchen auf dem linken Auge rundet sich an der unteren Kante immer mehr ab; eine Abschwellung ist jedoch nicht zu konstatieren.

Rechts nimmt die Conjunctivitis ab; nur für einige Stunden am Tag ist starke Thränensekretion vorhanden; die Hornhautnarben sind glatt und wenig dicht. Das Auge ist seit gestern ohne Verband, wird mit gelber Salbe massiert und mit kühlen Umschlägen behandelt.

12. II. Die Conjunctivitis geht rechts gut zurück. Die Narbenbildung auf der Cornea übersteigt nicht das Niveau derselben. Neue Wucherungen sind nirgends zu konstatieren.

Am linken Auge ist keine Abnahme der Quellung zu bemerken.

16. II. Links wird in Cocainanaesthesie das transplantirte Läppchen mit Messer und scharfem Löffel abgetragen. Die Operation ist wiederum sehr schmerzhaft.

Die beiderseits abgetragenen Wucherungen werden in Alcohol fixiert und gehärtet, und die angefertigten Schnitte mit Haematoxylin und Eosin gefärbt. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt folgenden Befund:

Das Epithel ist verdickt. An der Oberfläche der Schnitte ziehen sich an einander gelagert 4 bis 5 Schichten platter Epithelien entlang. Von diesen Schichten aus erstrecken sich sehr tiefe Epithelzapfen von verschiedener Form und Grösse. Einfache cylindrische Zapfen, dünnere und dickere, wechseln ab mit dendritisch sich verzweigenden Gebilden. Einige schwellen kolbig an; es kommt aber nicht zur Bildung eines regelrechten Kolben; man kann sie etwa vergleichen mit dem Längsdurchschnitt eines Ballfängers, der eine pfannenförmige Aushöhlung zur Aufnahme des Balles trägt. Man brauchte nur diese Pfanne zu einer Kugel zu ergänzen, und der Kolben

wäre fertig. Während die Zellen an der Oberfläche des Schnittes in ihrer Längsachse derselben parallel gerichtet sind, nehmen sie, je näher der Spitze des Zapfens, eine diesem entsprechende Richtung an, von mehr rundlicher bis zu ovaler Form. Deutlich ist jede Zelle in sich von der benachbarten zu unterscheiden, deutlich treten Kern und Kernkörperchen hervor. Die Zapfen sind solide, wie mit Zellen vollgestopft; nur an zweien bemerkt man in der Mitte ein Lumen, in welchem sich isoliert ein Häufchen von kleinen besonders dunkel gefärbten Körnchen befindet. Das Bild eines solchen Zapfens macht den Eindruck, als ob dieses Lumen vielleicht durch degenerativen Vorgang als feinkörniger Detritus erst sekundär entstanden ist, und als ob dieses Häufchen ein Rudiment der früher vorhandenen Epithelzellen ist.

Das subepitheliale Gewebe entsendet zwischen die Epitheleinsenkungen lange gut vaskularisirte Fortsätze, sodass durchaus das Bild von Hautgewebe zustande kommt. Unter dieser Papillarkörper ähnlichen Schicht findet sich ein lockeres Bindegewebe, in welchem grössere Mengen kleiner runder Zellen enthalten sind. Von Hornhautlamellen sind nur hier und da in den tiefsten Schichten Reste zu entdecken, sodass also die Wucherungen, wie ja auch das klinische Bild ergiebt, im Wesentlichen aus neugebildeten Auflagerungen bestehen.

Dem histologischen Bilde nach ist also die Erkrankung zweifellos als eine chronische Entzündung aufzufassen, nicht, wie einzelne Autoren wollten, als ein Analogon der Warzenbildung auf der Haut. Dagegen spricht vor allem, dass die Epithelwucherung stets in die Tiefe gerichtet ist, niemals nach der Oberfläche

hin und der zweifellose Nachweis chronisch entzündlicher Vorgänge.

Der Befund bei diesen mikroskopischen Präparaten stimmt so ziemlich mit dem überein, wie ihn Frick (Jnaug. Diss. Würzburg 1886) schildert und durch eine Abbildung zum Schluss seiner Arbeit zu erkennen giebt. Auch er weiss von feinkörnigen Detritusmassen zu berichten, nur dass er sie nicht innerhalb der Zapfen gefunden hat. Er schreibt: „Es fielen mir an einzelnen Stellen, wo die Epithelwucherung besonders stark war, Ausbuchtungen der Oberfläche auf, gefüllt mit einem feinkörnigen Detritus, in dem einzelne Punkte sich sehr intensiv gefärbt zeigten, nach unten direkt an das bindegewebige Stroma grenzend. Durch diese Detritusmassen schien die Epitheldecke von dem subepithelialen Gewebe abgehoben worden zu sein. Eine eben solche Anhäufung von diesem feinkörnigen Detritus zeigte sich auf einem der Schnitte noch in einer Lücke mitten im bindegewebigen Stroma, vielleicht ein in einer anderen Ebene zwischen Epithel und bindegewebigem Stroma liegender und eben noch vom Schnitt getroffener Herd.

Die von Uhthoff (Arch. f. Ophth. 29 3) erwähnte helle, homogene, glänzende Schicht, die sich an einzelnen Stellen unter der Epithelschicht finden soll, und die er als eine geronnene, eiweisshaltige Flüssigkeit aufgefasst wissen möchte — auch Vetsch (Ing. Diss. Zürich 1879) spricht von einem „lichten Saum“ — diese Schicht haben Frick und Knus nicht entdecken können, und ebenso fehlt sie bei den Präparaten des vorliegenden Falles.

Ein anderer von Knus hervorgehobener Befund fehlt ebenfalls bei meinem Fall.

Es sind das sehr zahlreiche durch das Bindege-

webe zerstreute, sehr grosse Zellen. „Dieselben kommen", wie er schreibt, „ausschliesslich im Bindegewebe vor, haben mit den Epithelzellen nichts zu thun und stehen auch zu der kleinzelligen Infiltration des Bindegewebes in keiner Beziehung. Die Form derselben ist bald eine rundliche, ovale, spindelförmige, bald sind sie sternförmig und mit längeren Ausläufern versehen. Bei stärkerer Vergrösserung und Immersion lösen sich dieselben in feinste Kügelchen und Körnchen von durchweg sehr gleichmässiger Korngrösse auf und würden nach der Form, Grösse und sonstigem Verhalten gut einzelnen Coccenkolonieen entsprechen, wogegen dann jedoch spricht, dass diese Anhäufungen sich ziemlich scharf konturieren, nicht diffus ins umliegende Gewebe übergehen." Nach ihrer Form würde er sie wohl für Bindegewebszellen halten können; da sie aber bei gewöhnlicher Färbung nicht zu Tage treten, so nimmt er, nachdem er ja den Gedanken an Coccen von der Hand gewiesen, an, dass er Mastzellen vor sich hat, wofür ihre Grösse und ihre bacterielle Färbung annehmenden Kerne sprechen. Raabe (Ing. Diss. Marburg 1893) hat ebenfalls Mastzellen gefunden.

Schiele (Archiv f. Augenh. XIX. 277) fand Glykogen in dem stark gewucherten Epithel und in den Granulationszellen und wies dies nach mit stark verdünnter Jod-Jodkaliumlösung.

Aus den vielen und mannigfaltigen therapeutischen Mitteln, mit denen der Frühjahrskatarrh bekämpft wird, kann man ersehen, dass bis jetzt ein sicher wirkendes Mittel noch nicht gefunden ist. Für die Allgemeinbehandlung wird von Horner und de Wecker innerlich Arsen empfohlen; viel Bewegung in freier Luft soll Besserung bringen. Vetsch schlägt

lokal eine 3 % Plumbum-aceticum-Salbe, 1 % Cuprumsalbe oder das Einstreuen von Calomel vor. Knus teilt mit, dass in neuerer Zeit Versuche mit Ichthyolsalbe 0,1—0,3 : 10,0 gemacht sind. Dieselbe wird fest auf die Lider eingerieben, worauf der Patient die Augen eine halbe Stunde lang fest geschlossen halten muss. In Zürich werden ausserdem Blei, Kupfer, Zink, Opiumtinktur, Calomel, Jodoform und Salicylsäure angewendet. Schiess-Gemuseus (Jahresbericht der Augenklinik in Basel) empfiehlt zur Behandlung Calomel-Inspersion nur für diejenigen Fälle, wo keine stärkere konjunctivale Reizung mit Sekretion besteht. David (Ing. Diss. Leipzig 1893) spricht von Waschungen mit Sublimat, 1 : 5000, in besonders hartnäckigen Fällen Pinselungen mit Sublimat (1 : 500); wird dies nicht vertragen, von gelber Praecipitatsalbe, Percival J. W. Ternau (Some notes on ophthalmology in Turkey) ebenso Schmeichler (Brünn) sahen Erfolge nach Einträufelung von Cocain. Chibret, de Clermont-Ferraud (Hirschberg, Centralblatt für pr. Augenheilkunde 1893, 251) touchiert und massiert mit dem Lapis mitigatus 1 : 3 die rauhen Partieen der Conjunctiva palpebrarum, welche dem Limbus anliegen. Von Millingen empfiehlt die Essigsäure.

Alle diese Mittel vermögen gegen ausgedehnte Wucherungen wenig auszurichten; es bleibt in solchen Fällen nur die Abtragung der Wucherungen mit Messer und Scheere übrig. Meist bringt auch die Operation keine dauernde Heilung; der Katarrh kehrt regelmässig wieder, und es bleibt dann nur die Hoffnung, dass das Leiden spontan aufhört, sobald der Patient das zwanzigste Jahr überschritten hat.

Das Hauptinteresse des eben beschriebenen Falles scheint mir, abgesehen von der ganz ungewöhnlichen Schwere der Erkrankung, in der Komplikation mit einer Hauterkrankung zu liegen, welche wohl am richtigsten als chronisches Ekzem aufgefasst wird. In der mir zugänglichen Litteratur habe ich nur einen analogen Fall auffinden können, die oben citierte Beobachtung von Uhthoff. Hier wie dort wurde von dem Patienten angegeben, dass ebenso wie die Augenerkrankung in der heissen Jahreszeit exacerbierte, so auch das Ekzem nur im Sommer hervortrat und im Winter sich mehr zurückbildete. Da dies Hautekzem zweifellos eine chronische Dermatitis darstellt, so spricht auch dies dafür, dass wir im Frühjahrskatarrh eine chronische Entzündung zu sehen haben.

Zum Schluss meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Schirmer, für die liebenswürdige Anregung zu dieser Arbeit, und ebenso ihm und Herrn Dr. Stutzer für die gütige Unterstützung bei der Anfertigung derselben meinen ergebensten Dank auszuprechen.

Litteratur.

Nagel-Michel, Jahresbericht der Ophthalmologie (1872, 1875, 1890).

Archiv für Augenheilkunde von Knapp-Schweigger (XII, 75).

Centralblatt für praktische Augenheilkunde von Hirschberg (1887, 158, 286; 1891, 316; 1893, 251, 520; 1894, 552).

Brockhaus, Inaugural-Dissertation, Bonn 1872.

Vetsch, Inaugural-Dissertation, Zürich 1879.

Bartel, Inaugural-Dissertation, Berlin 1885.

Frick, Inaugural-Dissertation, Würzburg 1886.

Knus, Inaugural-Dissertation, Zürich 1889.

Uhthoff, ein Fall von Frühjahrskatarrh, Heidelberger Kongress 1882

Lebenslauf.

Johannnes Dorbritz wurde am 7. Juli 1871 als Sohn des Kgl. Eisenbahn-Betriebssekretärs Walter Dorbritz und seiner Ehefrau Bertha, geb. Streeck, in Stettin geboren. Er besuchte zunächst bis zum Jahre 1884 das Friedrich-Wilhelm-Realgymnasium zu Stettin, darauf das Stadtgymnasium ebendaselbst, wo er Ostern 1891 das Zeugnis der Reife erhielt, um in Greifswald Medizin zu studieren.

Am 1. März 1893 bestand er das Tentamen physicum, genügte im Sommer-Semester 1893 seiner Militärpflicht mit der Waffe im Inf.-Rgt. Prinz Moritz von Anhalt-Dessau (5. Pomm.) Nr. 42, beendigte am 19. Januar 1897 die ärztliche Staatsprüfung und bestand am 17. Februar 1897 das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Docenten:

Arndt, Ballowitz, Grawitz, Heidenhain, Helferich, Hoffmann, Holtz, Landois, Limpricht, Mosler, Oberbeck, Peiper, Pernice, von Preuschen, O. Schirmer, Schmitz †, Schulz, Solger, Sommer, Strübing.

Allen diesen seinen hochverehrten Lehrern spricht er hierdurch seinen aufrichtigen Dank aus.

Thesen.

I.

Das rationellste Verfahren bei der Behandlung des Frühjahrskatarrhs ist die Operation, sobald die Wucherungen ins Pupillargebiet hineindringen.

II.

Die Exstirpation maligner Tumoren ist auszuführen ohne jegliche Rücksicht auf die nachfolgende Plastik.

III.

Bei Krankheiten mit absolut letaler Prognose hat die Therapie mehr die Herbeiführung der Euthanasie, als die Verlängerung des Lebens zu erstreben.